

сти оператора КЦ и обучению его навыкам саморегуляции неблагоприятных состояний в труде.

¹ См.: *Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб., 2005 ; см. также: *Купер К. Л., Дэйв Ф. Дж., О'Драйсколл М. П.* Организационный стресс. Теории, исследования и практическое применение. Харьков, 2007 ; *Орел В. Е.* Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы // Психол. журн. 2001. № 1. С. 90–101 ; *Maslach C., Leiter M. P.* Banishing burnout: six strategies for improving your relationship with work. Jossey — Bass, 2005.

² *Леонова А. Б.* Структурно-интегративный подход к анализу функциональных состояний человека // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология. 2007. № 1. С. 87–103 ; см. также: *Оператор call-центра: от найма до увольнения* / В. В. Вольский, О. В. Веселова, Н. К. Золкина. Тверь, 2008 ; *Самолубова А. Б.* Call Center на 100 %: Практическое руководство по организации центра обслуживания вызовов. 2-е изд. М., 2010.

³ См.: *Оператор call-центра: от найма до увольнения* ; см. также: *Самолубова А. Б.* Указ. соч. ; *Aksin Z., Armony M., Mehrotra V.* The modern call-center: a multi-disciplinary perspective on operation management research // Production and Operations Management. 2007. Vol. 16, No. 6. Nov. — Dec. P. 665–688 ; *Lewig K. A., Dollard M. F.* Emotional dissonance, emotional exhaustion and job satisfaction in call centre workers // Europ. J. of Work and Organizational Psychology. 2003. No 12 (4). P. 366–390 ; *Zapf D., Isic A. et al.* What is typical for call centre jobs? Job characteristics and service interactions in different call centers // Europ. J. of Work and Organizational Psychology. 2003. No 12 (4). P. 311–340.

⁴ См.: *Леонова А. Б.* Указ. соч.

⁵ См.: *Lewig K. A., Dollard M. F.* Op. cit.

⁶ См.: *Ронгинская Т. И.* Синдром выгорания в социальных профессиях // Психол. журн. 2002. № 3. С. 85–95 ; см. также: *Zapf D., Isic A. et al.* Op. cit.

⁷ См.: *Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С.* Указ. соч.

⁸ См.: *Zapf D., Isic A. et al.* Op. cit.

Е. С. Набойченко, Е. А. Порошина

Использование методов бихевиоральной психотерапии в коррекции поведения детей с соматогенной формой задержки психического развития

В современной специальной психологии и патопсихологии детского возраста значительное место отводится реабилитации и социализации детей с различными психическими нарушениями и, в частности, с поведенческими расстройствами. Круг поведенческих отклонений достаточно широк, разнообразен и специфичен для каждой нозологии. Дети с

задержкой психического развития соматогенного происхождения занимают одну из ведущих позиций по профилактике и коррекции отклонений в поведении. С одной стороны, они ведомы, подвержены негативному влиянию извне и не обладают достаточным уровнем критичности, а с другой — сензитивны к психокоррекционным и психотерапевтическим методам воздействия¹.

Дети с соматогенной формой ЗПР имеют сопутствующие неврологические и соматические отклонения и нуждаются в специальной психологической коррекции поведения. В основе отклоняющегося поведения лежит нарушение своевременности, полноценности и синхронности созревания отдельных мозговых структур («дизнейроонтогенеза», по И. А. Скворцову), ответственных за формирование и совершенствование функциональных блоков и систем, обеспечивающих активное и устойчивое внимание, целенаправленность и самоконтроль поведения, гармоничную и сознательно регулируемую психомоторику². Как правило, нарушения высших психических функций и поведения, обусловленные органическим поражением центральной нервной системы, проявляются как в когнитивном снижении, так и в явлениях агрессивности, расторможенности, импульсивности, повышенной истощаемости, дисбаланса процессов возбуждения и торможения.

Отклонения в поведении детей с задержкой соматогенного происхождения характеризуются ситуационно-возрастной динамикой, в основе которой лежат общие эволютивно-компенсаторные процессы, которые, в свою очередь, осложняются тем, что реализуются на изначально дефицитарной почве. Ее структурно-энергетическая неполноценность усугубляется тем фактом, что первично-дизонтогенетические механизмы обусловили пропуск «сензитивных периодов развития» (по Л. С. Выготскому), благоприятных для формирования конкретных психических функций, поведенческих навыков и личностных свойств.

Нарушенные и несформированные функции, пропустившие свой сензитивный период, самопроизвольно не восстанавливаются даже в более старшем возрасте, а требуют целенаправленной помощи. Анализируемые нарушения отягощаются также психогенными факторами, такими как неадекватные требования родителей и отсутствие индивидуального подхода со стороны педагогов³.

Дети младшего школьного возраста с соматогенной формой ЗПР оказываются не готовы к выполнению предъявляемых школой дисциплинарных требований, установлению формальных и неформальных контактов с детьми и взрослыми, самостоятельному систематическому учению. Рассматриваемое состояние в отдаленном периоде может при-

вести к социальной дезадаптации и как следствие закрепить негативные модели поведения, а также спровоцировать патологическое формирование личности с органическим ядром⁴.

С помощью нейропсихологических тестов нами было обследовано 85 детей с ЗПР соматогенного происхождения в возрасте от семи до девяти лет, обучающихся в коррекционных классах начальной школы. На основании анализа результатов обследования были выявлены следующие их особенности: снижение работоспособности, эмоциональная неустойчивость, слабость моторных навыков, повышенная утомляемость и истощаемость, явления церебрастении. Указанные особенности отмечались в 100 % случаев и свидетельствовали о дефицитности так называемого энергетического фактора при заинтересованности подкорковых и стволовых структур головного мозга, что подтверждено данными энцефалографических исследований.

Вторичные отклонения проявляются полиморфной симптоматикой, связанной с недостаточностью отдельных психических функций и незрелостью произвольных форм деятельности. Так у 43,2 % обследуемых детей выявляется несформированность пространственного и квазипространственного фактора, связанная с дисфункцией зоны ТРО (височно-теменно-затылочной). В нейропсихологическом профиле данной группы детей на первое место выступили трудности ориентации в собственном теле (не могли определить, что находится выше, что ниже относительно какой-либо части тела, путали правую и левую стороны и т. п.), дефицит стратегии копирования (хаотичной и пофрагментарной). Учитывая, что само формирование стратегии протекает до 10–12 лет и может иметь физиологическую несостоятельность у условно здоровых детей, имеющих органический фон, отметим, что дети с психоорганическим синдромом допускают массу ошибок при копировании. Испытуемые часто игнорировали левое или правое поля, допускали реверсии (зеркальное переворачивание) при срисовывании. Зеркальность наблюдалась также и при узнавании близких по начертанию букв и цифр. Были выявлены значительные трудности в понимании грамматических конструкций, например, на вопрос: «Юля ниже Кати, кто из девочек выше?» дети отвечали: «Юля». Подобные ошибки наблюдались и при чтении условий арифметических задач, что приводило к неверным решениям.

Нами были отмечены нарушения фактора объема акустического восприятия и слухоречевой памяти (26,2 %). У детей данной группы эти два фактора лежат в основе задержки формирования и развития импрессивной (воспринимающей) и устной, экспрессивной речи. Они ведут к появлению в речи вербальных парафазий, к трудностям запоминания, воспро-

изведения и понимания речи. Эти факторы возникают при незрелости, дисфункции или поражении второй височной извилины коры левого полушария. Снижение объема вербального акустического восприятия и слухоречевой памяти у детей с ЗПР соматогенного происхождения наблюдается, как правило, в системе с дефектом вычленения существенных признаков предметов в процессе их зрительного восприятия, опознания и называния. С несформированностью объема акустического восприятия и слухоречевой памяти связаны и вторичные трудности в правлении собственным поведением: дети не могли полностью удержать в памяти инструкции, а также затруднялись проговаривать трудные для выполнения задания.

В целом у детей данной категории на первое место выступает дефицитарность энергетического компонента психической активности, обеспечиваемая подкорковыми и стволовыми структурами головного мозга. В ходе нейропсихологического исследования нами были выявлены отчетливые нарушения тонуса, работоспособности и истощаемости психической активности, нерасчетливость и неточность моторных актов, трудности сосредоточения внимания. Выявленная симптоматика подтверждается данными электроэнцефалографических исследований в виде дисфункции мезо-диэнцефальных структур и умеренных общемозговых изменений.

Вторичные нарушения проявляются в несформированности произвольной регуляции поведения. У 65 % обследованных детей «управляющие» функции были нарушены преимущественно в звене контроля. Затруднения проявлялись в выполнении заданий на конфликтную произвольную деятельность, динамическую организацию; испытуемые допускали ошибки по типу импульсивности, ослабленности внимания, при этом речевой контроль и включение внешних опор приводили к улучшению результатов. В силу недостаточности контролирующей функции страдало и выполнение других заданий. Так, например, выполняя задание на установление последовательности событий, испытуемые часто ошибочно расставляли картинки с изображениями событий, но просьба еще раз проверить их оказывала действенную помощь и приводила к улучшению результатов выполнения задания.

В другую группу вошли дети с преимущественным нарушением регуляторных функций в звене программирования (35 %). Дети данной категории испытывали значительные затруднения в возможности построить последовательное выполнение заданий, что проявлялось также в пробах на конфликтную реакцию, динамический праксис мышления, но качество ошибок было иным, чем у детей с недостаточностью функции

контроля. Испытуемые с трудом ориентировались в предлагаемых заданиях, не могли построить простую последовательность выполнения проб и часто просто отказывались от выполнения заданий. Внешняя помощь со стороны экспериментатора в виде пошаговой программы значительно улучшала качество их выполнения.

Родителям обследуемых детей мы предлагали отметить основные поведенческие проявления с помощью опросника J. Swanson, включающего 43 вопроса. В результате обработки ответов были получены следующие результаты:

1. Индекс «Невнимательность» по критериям «Довольно часто» и «Очень часто» отмечался родителями в 93 % случаев.

2. Индекс «Импульсивность» проявлялся у 87 % детей по критериям «Довольно часто» и «Очень часто».

3. Индекс «Оппозиционные расстройства» наблюдался в 79 % частых проявлений.

4. Индекс «Невнимательность без импульсивности» отмечался родителями крайне редко, только у 24 % обследуемых детей.

Качественный анализ полученных результатов свидетельствует о выраженных нарушениях внимания, трудностях его концентрации, склонности к рассеянности и отвлекаемости. Отмечается повышенная возбудимость, нетерпеливость, конфликтность, что приводит к нарушению взаимоотношений с детьми и взрослыми. Высокие показатели по шкале импульсивности свидетельствует о нарушении регуляции произвольности поведения. Также преобладающими оказались высокие показатели по индексу «Оппозиционное поведение»; они характеризуют такие проявления, как негативизм, склонность к обманам, мстительность, вербальная и физическая агрессивность, игнорирование просьб взрослых. Выявленные нарушения проявляются во всех областях развития (биологической/физической, когнитивной, психосоциальной):

1. Биологическая или физическая недостаточность проявляется в нарушении динамики роста и созревания тела, снижении уровня функционального состояния коры головного мозга и уменьшении регуляторных влияний со стороны коры на подкорковые структуры, в нарушениях внутри- и межполушарных связей, в грубой недостаточности подкорковых и стволовых структур.

2. Когнитивная недостаточность проявляется в трудностях учения из-за снижения уровня интеллектуальных функций (IQ не превышает индекса 89), недостаточности предпосылок интеллекта (памяти, внимания и работоспособности), незрелости эмоционально-волевой сферы.

3. Психосоциальная область функционирования обусловливается двумя предыдущими уровнями (биологическим и когнитивным), поэтому вследствие их недостаточности также оказывается дисфункциональной. Нарушения на этом уровне проявляются в трудностях коммуникации, импульсивности, склонности к агрессии, нетерпеливости и неусидчивости, в трудности в усвоении социальных навыков и моделей поведения.

Учитывая, что нарушения в развитии у детей с ЗПР соматогенного происхождения проявляются во всех трех составляющих, психокоррекционный процесс должен быть многоуровневым и последовательным. Как правило, наибольшее внимание в этой работе уделяется биологической/физической области, так как нарушения этого уровня бывают заметны с момента рождения или получения травмы, и для его восстановления используются медикаментозные средства. Коррекция когнитивных нарушений осуществляется сотрудниками специализированных школ⁵.

Одним из эффективных способов оптимизации и восстановления психосоциального уровня является использование методов бихевиорально-когнитивной психотерапии. Цель этих методов — формирование и закрепление желательных моделей поведения и элиминация нежелательных, агрессивных, деструктивных, архаичных⁶.

Структура и содержание поведенческой мишени определяются возрастом и спецификой расстройства психической деятельности. Учитывая, что рассматриваемая категория детей не обладает достаточным развитием интеллектуальных функций, а также страдает органическими нарушениями головного мозга, психотерапевтическое воздействие для них имеет жесткую, повторяющуюся структуру с реалистичным моделированием социальных и игровых ситуаций. Согласно теории оперантного научения, в коррекции обязательным условием является использование методов подкрепления положительного поведения. В нашей программе мы применяем систему «медалек». Если ребенок соблюдает правила поведения и выполнения заданий, он получает награду в виде наклейки; по окончании занятия подсчитывается количество полученных каждым участником медалек; ребенок, набравший наибольшее их количество, получает большую яркую «супермедаль». Такая система является внешним мотиватором и регулятором поведенческих особенностей, а также формирует ситуацию успешности.

Система правил также является важнейшей составляющей бихевиорально-когнитивной психокоррекции. Дети с ЗПР нуждаются в четком определении того, что допускается в их поведении, а чего категорически делать нельзя. Ребенок должен четко представлять, чего от него хотят и что он должен делать.

Обязательным условием проведения занятий с использованием бихевиорального подхода являются ритуалы приветствия и прощания, что обеспечивает ребенку ощущение постоянства и организует его поведение⁷.

Согласно вышеизложенному, в работе с детьми мы используем три группы психокоррекционных игр бихевиорального направления, чередуемые с функциональными и когнитивными заданиями. Первая группа игр — это игры, направленные на формирование и тренировку контроля поведения и снижение импульсивных проявлений. В своей работе мы использовали такие игры, как «Съедобное — несъедобное», «“Да” и “нет” не говорить, черное с белым не носить», «Подскажи молча», «Разгадай загадку», «Продолжи ритм», «Слушаем тишину» и др.

Вторая группа — подвижные игры, направленные на оптимизацию и формирование устойчивости, распределения и переключения внимания: «Шапка-невидимка», «Мяч в круге», «Поменяйтесь местами», «Командир», «Море волнуется...» и др.

Третья группа — игры на усидчивость и выработку умения следования правилам: «Я знаю пять...», «Колпак мой треугольный», «Сломавшийся автобус», «Чайничек с крышечкой».

В структуру занятий включаются все три категории игр, начиная с элементарных, с постепенным переходом к играм, сочетающим требования к двум функциям. По мере улучшения в сфере самоконтроля, снижении импульсивности и расторможенности игры с правилами и психогимнастические упражнения все чаще могут ставить перед детьми комплексную триединую задачу.

Вне психокоррекционных занятий положительное поведение ребенка должно стимулироваться и подкрепляться в соответствии с принципами бихевиоральной терапии. С целью закрепления достигнутых результатов необходимо давать четкие рекомендации родителям и педагогам, так как для достижения положительных результатов необходимо единство требований⁸.

Таким образом, в работе с детьми младшего школьного возраста с соматогенной формой ЗПР преимущественно работают методы «жетонной» системы, так как они определяют внешнюю организацию поведения, поскольку внутренняя у данной категории детей дефицитарна⁹. В контролируемой среде занятия за положительное поведение ребенок получает заслуженную награду и научается контролировать свое поведение.

⁷ См.: *Егоров А. Ю., Игумнов С. А.* Расстройства поведения у подростков: клиничко-психологические аспекты. СПб., 2005.

² См.: *Шевченко Ю. С.* Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков. СПб., 2003.

³ См.: *Мамайчук И. И.* Психокоррекционные технологии детей с проблемами в развитии. СПб., 2004.

⁴ См.: *Марковская И. Ф.* Задержка психического развития, клиническая и нейропсихологическая диагностика. М., 1993.

⁵ См.: *Крайг Г.* Психология развития. СПб., 2000.

⁶ См.: *Шевченко Ю. С.* Указ. соч.

⁷ См.: *Семенович А. В.* Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. М., 2007.

⁸ См.: *Мамайчук И. И.* Указ. соч.

⁹ См.: *Осипова А. А.* Общая психокоррекция. М., 2004.